FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — **THÈSE** — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 16 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

Jules BOUBE

De la Mortalité Infantile Dans les Dix Premiers Jours de la Vie

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. ROGER, SEGOND, professeurs. — BRANCA, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement Médical.

PARIS
H. CHACORNAC et M. DOUTAUT, Éditeurs
9, rue de l'Eperon, 9
—
1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchement	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY.	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BALTHAZARD	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BRANCA	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BESANÇON Fern.	GOSSET	LŒPER	RENON
BRINDEAU	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BROCA André	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
BRUMPT	JEANSELME	MARION	SICARD
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CASTAIGNE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	
CUNÉO	LAUNOIS	NOBECOURT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique d'Accouchement

Membre de l'Académie de Médecine

AVANT-PROPOS

Au cours de nos années d'études, nous n'avons guère l'occasion de témoigner à nos maîtres la reconnaissance et le respect que nous avons pour eux. Aujourd'hui, nous sentons qu'il est de notre devoir de remercier ces maîtres bienveillants. Nous leur sommes redevable, en effet, de ce que nous possédons en fait d'éducation et d'instruction médicales. Devoir que nous aimons à remplir. Que de fois, au sortir des innombrables leçons magistrales auxquelles nous venions d'assister, nous nous sommes réjoui d'avoir pu suivre des études qui, avec de tels maîtres, nous donnaient de pareilles satisfactions.

Dans les divers services où nous avons accompli notre stage hospitalier, nous n'avons trouvé que bienveillance et désir de nous être utile ; nous avions le sentiment que le maître était aussi heureux de nous donner son savoir que nous étions désireux d'en acquérir quelque chose.

Ces cinq années d'études ont été pour nous les plus belles.

Nous devons aussi nos remerciements à tous ceux dont nous avons suivi les leçons et dont nous avons les ouvrages entre les mains.

Nous les adressons particulièrement :

A nos maîtres de Toulouse, les professeurs CAUBET et CESTAN, qui, les premiers, nous ont donné l'amour de la médecine.

A M. le professeur DEBOVE, dans le service duquel nous avons étudié la médecine générale, hôpital Beaujon.

A M. le professeur LE DENTU, chez qui nous avons accompli notre stage chirurgical, hôpital Hôtel-Dieu.

A M. le professeur GILBERT BALLET, auprès duquel nous avons appris les principes de la neurologie, hôpital Hôtel-Dieu.

A M. le professeur agrégé WALLICH, qui s'est occupé de nous avec une sollicitude dont nous lui savons gré. Nous ne pourrons oublier les heures agréables passées à Baudelocque, près du lit des femmes ayant accouché, où, dans une causerie simple et familière, le maître nous inculquait ses trésors de science, et débrouillait avec la plus grande clarté les cas qui semblaient les plus complexes. C'est lui qui nous a donné la première idée de ce travail et il a eu l'amabilité de nous encourager et de nous aider dans la recherche de nos documents.

Enfin, qu'il nous soit permis, en terminant, d'adresser nos plus sincères remerciements à M. le professeur PINARD, dans le service duquel nous avons accompli notre stage obstétrical. Grâce à lui, nous nous sommes familiarisé avec cette branche si importante de l'art médical ; et ses mémorables leçons si claires et si savantes ; de même que ses lumineuses discussions à l'amphithéâtre seront pour nous

un guide sûr dans tous les cas qui pourront se présenter dans notre clientèle future. Que M. le professeur PINARD, qui a eu, de plus, la bonté de nous autoriser à puiser, pour notre travail, des documents dans les archives de Baudelocque, reçoive l'expression de notre plus vive reconnaissance.

Il a bien voulu, également, accepter la présidence de notre thèse inaugurale.

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait et nous le prions de croire que ses enseignements ne seront pas perdus pour nous.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/delamortaliteinf0000jule

INTRODUCTION

Depuis un certain nombre d'années, la place prise par l'enfant dans les préoccupations des médecins accoucheurs est devenue plus grande.

Autrefois, ce qui importait surtout, c'était de sauver la femme qui, au moment de la parturition et pendant les suites de couches, se trouvait exposée à une mortalité notable et à une morbidité parfois assez considérable. Aujourd'hui, grâce à l'asepsie et à l'antisepsie, la mortalité par infection a pour ainsi dire disparu des maternités, et la morbidité se trouve presque réduite à son minimum. De plus, grâce à un progrès réalisé en obstétrique opératoire, grâce aux perfectionnements de l'instrumentation, les interventions obstétricales sont devenues plus réglées, plus faciles et plus simples.

Aussi, plus rassurés sur la parturition, les médecins-accoucheurs se sont livrés à une étude plus attentive des enfants.

Ils s'occupent d'eux pendant la vie intra-utérine, en surveillant l'hygiène de la femme enceinte, afin qu'elle parvienne à terme ; ils s'occupent encore d'eux au moment

de l'accouchement afin qu'ils arrivent au monde bien développés, bien vivants.

C'est pourquoi nous allons étudier la mortalité infantile dans les dix premiers jours de la vie.

Dans un premier chapitre, nous ferons l'exposé de quelques considérations générales et des statistiques ; dans un second, nous passerons en revue les principales causes de la mortalité infantile dans les dix premiers jours ; dans un troisième, nous étudierons le retentissement de la mortalité infantile sur la population française, et nous terminerons par une étude sur les moyens d'y remédier.

En ces dernières années, plusieurs thèses de Paris ont été inspirées sur des sujets voisins des nôtres.

Ce sont, en 1897, l'étude de Guillon : « Essai sur la mortalité infantile dans le département de la Vienne ».

En 1899, Ducourneau : « Des moyens de combattre la dépopulation par la diminution de la mortalité infantile et principalement en favorisant l'allaitement maternel ».

En 1900, Légier : « Contribution à l'étude de la mortalité infantile. Les lois actuelles ne protègent pas toujours suffisamment l'enfant en bas-âge ».

Ces auteurs ne s'occupent de l'enfant qu'après sa naissance. Ils font de la puériculture extra-utérine. Nous, nous complétons en étudiant les causes primitives de la mortalité infantile qui remontent avant la naissance et qui nous obligent à faire de la puériculture avant la fécondation et pendant la vie intra-utérine.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les recherches que nous allons exposer portent sur les enfants nés à la clinique Baudelocque de 1901 à 1908 et qui sont au nombre de 14.806.

Ces nouveau-nés, en huit ans, ont fourni 345 décès, ce qui donne par an 43 décès 12.

Ainsi donc, à Baudelocque, il meurt dans les dix premiers jours de la vie 23,09 pour 1.000 des enfants qui naissent.

Nous tenons à déclarer immédiatement, pour éviter toute confusion, que ces chiffres ne correspondent pas au chiffre de la mortalité infantile du service, nous en avons retranché les nombreux fœtus, nés morts et macérés.

Nous avons, de plus, recherché la mortalité infantile dans les dix premiers jours de la vie, fournie par la ville de Paris et par les cinq plus grandes villes de France. Pour cette étude, nous nous sommes servi de statistiques puisées au ministère de l'Intérieur.

Paris et les cinq plus grandes villes de France, qui ont une population de 4.320.293 habitants, ont donné, de 1901 à

1906, c'est-à-dire en six ans, 15.666 enfants morts de 0 à 10 jours. Remarquant que sur 1.000 habitants, il y a 20,6 naissances, on en déduit que, dans cette population urbaine, il meurt dans les 10 premiers jours de la vie 36,21 pour 1.000 des enfants qui naissent. Nous n'avons pas eu de renseignements suffisants pour étudier la mortalité des enfants du même âge dans les populations rurales.

L'écart qui existe entre les deux termes, d'une part celui de Baudelocque, d'autre part celui des populations urbaines ci-dessus étudiées, indique d'une manière certaine que la part que la mort prélève tous les ans sur la population infantile dans les dix premiers jours de la vie peut être réduite.

Pourquoi la mortalité infantile dans les dix premiers jours de la vie est-elle moins élevée à Baudelocque que dans les populations urbaines ? Les raisons en sont les suivantes : A Baudelocque, quelques femmes viennent se reposer vers la fin de leur grossesse. Elles sont mises en observation médicale, on leur fait suivre toutes les règles d'hygiène nécessaires, et elles accouchent généralement à terme. Leur enfant n'est pas un prématuré et, bien développé, il peut résister aux conditions de la vie extra-utérine. Dans les populations urbaines, au contraire, restreint est le nombre des femmes qui prennent les dispositions hygiéniques nécessaires. Aussi, beaucoup d'entre elles accouchent d'un prématuré qui est destiné à devenir la proie de la mort.

En un mot, à Baudelocque, la puériculture intra-uté-

rine, préconisée et réglée par le professeur Pinard, a une influence favorable pour la vitalité des enfants qui naissent.

DOCUMENTS STATISTIQUES

Dans notre étude, nous avons adopté la division suivante:

1° Clinique Baudelocque ;

2° Paris et les cinq plus grandes villes de France dont la population est comprise entre 100 et 600 mille habitants.

MORTALITÉ, DANS LES DIX PREMIERS JOURS DE LA VIE, A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE, DE 1901 A 1908.

A Baudelocque, de 1901 à 1908, il est né 14.798 enfants et il s'y est produit 345 décès. Ce chiffre ne comprend que des décès de 0 à 10 jours.

D'après les recherches, on obtient les proportions suivantes :

Sur les 345 décès de 0 à 10 jours, il y a :

275 décès par débilité congénitale ;
32 — par syphilis ;
13 — par malformations congénitales ;
3 — par troubles digestifs ;
6 — par affections pulmonaires ;
4 — par hémorragie intestinale ;
3 — par érysipèle ;
3 — par hémorragie ombilicale ;
4 — par ictère ;
3 — par hémorragie méningée.

Sur 1.000 enfants nés vivants, il y a :

18,57 décès par débilité congénitale ;
2,16 — par malformations congénitales ;
0,27 — par troubles digestifs ;
0,44 — par affections pulmonaires ;
0,29 — par hémorragie intestinale ;
0,27 — par hémorragie ombilicale ;
0,28 — par ictère ;
0,27 — par hémorragie méningée.

TABLEAU I.

Décès de 0 à 10 jours à la Clinique Baudelocque, de 1901 à 1908.

Années	Enfants nés vivants	Total des décès de 0 à 10 jours	Débilité congénitale	Syphilis	Malformations congénitales	Troubles digestifs	Troubles pulmonaires	Hémorragie intestinale	Érysipèle	Hémorragie ombilicale	Ictère	Hémorragie méningée
1901	2062	64	53	5	1	1	1	»	»	1	1	1
1902	1841	52	39	3	2	1	1	2	»	»	»	»
1903	1874	35	25	3	3	»	»	»	1	»	»	»
1904	1640	40	28	9	1	»	1	»	»	1	1	1
1905	1765	42	35	4	1	»	1	1	1	»	»	»
1906	1938	38	32	3	»	1	»	»	1	1	1	1
1907	1834	39	33	2	3	»	2	»	»	»	»	»
1908	1844	35	30	3	2	»	»	1	»	»	1	»
Total..	14798	345	275	32	13	3	6	4	3	3	4	3
Moyenne annuelle..	1849	43,12	34,37	4	1,62	0,37	0,75	0,50	0,37	0,37	0,50	0,37

MORTALITÉ DANS LES DIX PREMIERS JOURS DE LA VIE A PARIS ET DANS LES CINQ PLUS GRANDES VILLES DE FRANCE DE 1901 A 1906.

La population de Paris et des cinq plus grandes villes de France est de 4.320.285 habitants.

De 1901 à 1906, il y a eu 514.902 naissances. Sur ces naissances, 15.666 enfants sont morts de 0 à 10 jours.

Sur ces 15.666 décès :

9.608 ont été produits par débilité congénitale ;

2.382 par troubles intestinaux ;

858 par troubles respiratoires ;

3.375 par autres causes.

De sorte que sur 1.000 enfants nés vivants, il y a eu :

19,31 décès par débilité congénitale ;

4,66 — par troubles intestinaux ;

1,80 — par troubles respiratoires ;

3,09 — par autres causes.

Sous la rubrique d'autres causes, sont classés les décès qui relèvent d'affections comme la syphilis, les hémorragies ombilicales, intestinales, méningées, l'ictère et l'érysipèle.

TABLEAU II.

Détail de la mortalité dans les 10 premiers jours à Paris et dans les 5 plus grandes villes de France de 1901 à 1906.

VILLES	POPULATION	TOTAL DES NAISSANCES	TOTAL dés décès de 0 à 10 jours.	Décès par débilité congénitale.	Troubles intestinaux.	Troubles respiratoires.	Autres causes.
Paris.....	2.722.721	344.222	9.572	6.660	1.224	306	2.100
Marseille .	517.468	55.470	2.140	924	414	228	528
Lyon.....	473.114	50.412	1.698	996	282	132	280
Bordeaux .	251.942	27.390	918	308	198	90	216
Lille	205.602	22.738	768	414	162	54	138
Toulouse .	149.438	14.670	570	306	102	48	13
TOTAL....	4.320.285	514 902	15.666	9.608	2.382	858	3.375
moyenne annuelle.		85.817	2.611	1.601	397	143	562

CHAPITRE II

CAUSES DE LA MORTALITÉ INFANTILE DANS LES DIX PREMIERS JOURS DE LA VIE

Après avoir groupé, dans un chapitre spécial, tous les nombres et tous les calculs qui sont d'une lecture pénible, nous étudierons avec soin les causes de décès et nous verrons quelles déductions on peut en tirer.

Pour cette étude, nous allons uniquement nous servir des recherches faites sur les 345 décès qui ont eu lieu à Baudelocque de 1901 à 1908.

Les causes de la mortalité infantile, dans les dix premiers jours, sont extrêmement nombreuses. On peut les classer en quatre catégories :

1° *Débilité congénitale ;*

2° *Affections contemporaines à l'accouchement ;*

3° *Affections persistant avant l'accouchement ;*

4° *Affections développées après l'accouchement.*

Bien qu'il ne soit pas possible de considérer comme rigoureusement exacte la proportion des cas rangés dans chacune de ces classes, il est pourtant instructif de noter

que 275 cas, soit environ les trois quarts du chiffre total des décès, ont pu être rangés dans *la première classe* « débilité congénitale ». *La deuxième classe*, « des affections contemporaines à l'accouchement », comprend 3 cas. *La troisième classe* « affections préexistant à l'accouchement », comprend 32 cas. *La quatrième classe* « affections développées après l'accouchement », comprend 21 cas.

I

1re CLASSE. — DÉBILITÉ CONGÉNITALE

Dans cette classe, comprenant 275 cas, il a été donné d'établir deux groupes différents suivant l'âge de la grossesse à laquelle semble être né l'enfant.

Un premier groupe de 261 cas dans lesquels, d'après les observations, les enfants sont nés avant terme.

Un deuxième groupe dans lesquels les enfants pourraient être nés à terme selon les dires des mères, mais dont le poids est inférieur à la moyenne des enfants bien portants.

Premier groupe. — Débiles nés avant terme.

Les cas des débiles nés avant terme, au nombre de 261, montrent bien, en dehors de toute proportion rigoureuse, la grande fréquence de la prématuration. Ces cas, dans la très grande majorité, coïncident avec la fatigue de la mère pendant toute la durée de la grossesse, des rapports sexuels jusqu'au moment de l'accouchement, des insertions basses du placenta, l'albuminurie, la grossesse gémellaire. Les

enfants, qui ont présenté les symptômes de débilité congénitale par accouchement avant terme, pesaient tous au-dessous de 2.000 grammes et leur poids placentaire n'était pas en rapport avec leur propre poids ; il était supérieur :

On note parmi eux :

Ayant vécu quelques heures	53
— 1 jour	32
— 2 jours	43
— 3 jours	68
— 6 jours	77
— 10 jours	39

Mort non notée : 2 cas.

Dans les observations, on constate au sujet des mères de ces enfants que :

115 femmes ont travaillé pendant la durée de leur grossesse ; 32 ont eu des relations sexuelles jusqu'à l'accouchement ; 68 ont eu une insertion basse du placenta ; 13 ont eu de l'albumine ; 3 ont donné deux jumeaux.

2e *groupe. — Débilité congénitale d'enfants qui semblent être nés à terme*

Ce groupe ne donne que 14 cas d'enfants qui, selon les renseignements donnés par la mère, pouvaient être à terme au moment de l'accouchement. Dans les observations, on ne trouve rien de bien particulier.

Aucun fait n'indique la cause du peu de poids de ces enfants qui sont tous au-dessous de 2.000 grammes. On pourrait peut-être accuser une auto-intoxication chro-

nique de l'un des procréateurs « alcoolisme ou saturnisme ». Rien ne confirme cette manière de voir.

Fœtus ayant vécu 3 jours	4
Fœtus ayant vécu 6 jours	7
Fœtus ayant vécu 10 jours	3

Etat de développement des enfants de la 1re classe. — Sur 275 enfants : 183 pesaient moins de 2.000 grammes ; 92 pesaient moins de 1.500 grammes.

Durée de la vie des enfants. — 147 sont morts dans les cinq premiers jours ; 127 sont morts du cinquième au dixième jour.

Particularités notées au cours de la grossesse et de l'accouchement. — 118 femmes ont travaillé jusqu'à l'accouchement ; 37 ont eu des relations sexuelles jusqu'au dernier moment ; 71 ont eu une insertion basse du placenta ; 13 étaient albuminuriques ; 3 grossesses gemellaires. Il n'y a pas eu de présentation vicieuse et les accouchements n'ont pas été laborieux.

II

2e CLASSE. — AFFECTIONS CONTEMPORAINES DE L'ACCOUCHEMENT

Par affections contemporaines de l'accouchement, nous entendons les affections dues aux accidents de l'accouchement. Cette classe ne donne que 3 décès. Certainement que le taux des victimes de l'accouchement est

plus élevé, mais on constate que beaucoup d'enfants naissent en état de mort apparente et qu'ils ne peuvent être ranimés, nous n'avons pas à en parler ici.

Les cas de cette classe peuvent être divisés en deux groupes :

Un premier groupe : décès dus à l'enfoncement des os du crâne ;

Un deuxième groupe : décès où ont été notées des hémorragies intra-crâniennes.

Enfoncement des os du crâne. — 1 seul cas.

A l'autopsie du fœtus, on a constaté l'enfoncement du pariétal gauche avec des caillots sanguins au-dessous. Cet enfant a été extrait par une application de forceps après symphiséotomie. Il n'a vécu que quelques heures. La mère présentait des lésions de rachitisme.

Hémorragies intra-crâniennes. — 2 décès par hémorragies intra-crâniennes. L'une résulte d'une application de forceps, l'autre d'une présentation du siège.

Ces enfants n'ont pas vécu longtemps, l'un est mort le premier jour ; l'autre le troisième.

Etat du développement des enfants de la 2e classe. — Sur ces trois cas, l'un pesait dans les 3.000 grammes, comme tout fœtus bien développé, les autres pesaient moins, mais au-dessus de 2.000 grammes.

Particularités notées au cours de la grossesse et de l'accouchement. — Pendant la grossesse, on n'a pas noté d'incidents. On remarque que, 1 fois sur 3, il y a eu inser-

tion basse du placenta avec présentation du siège ; 1 fois un bassin vicié qui a exigé une symphiséotomie suivie d'une application de forceps, 1 fois une simple application de forceps. Dans les 3 cas, les femmes étaient primipares. Ce point est intéressant à relever au point de vue de la résistance des parties molles contre laquelle le fœtus entre en lutte lors d'un premier accouchement.

III

3e CLASSE. — AFFECTIONS PRÉEXISTANT A L'ACCOUCHEMENT

Ces affections, préexistant à l'accouchement, ont été constatées dans 45 cas. Dans la plupart des cas, on a pu reconnaître la syphilis ou bien la présumer. Nous diviserons cette classe en deux groupes : 1° syphilis (1) ; 2° malformations congénitales (2).

1er *Groupe. — Syphilis.*

Les archives de Baudelocque, sur 345 décès, n'en donnent que 32 par syphilis. Il ne faut pas croire pour cela que la syphilis fasse si peu de ravages, mais on remarquera que beaucoup d'enfants naissent mort-nés et macérés.

Sur les 32 cas, 18 avaient un volume et un poids exagérés ; 14 présentaient du pemphigus palmaire et plantaire et leur poids, tout en étant inférieur à la moyenne, variait entre 2.000 et 3.000 grammes. La vie extra-utérine de ces fœtus n'a pas été de longue durée ; 7 ont vécu quelques

(1) *Un premier groupe* : décès dus à la syphilis.
(2) *Un deuxième groupe* : décès dus aux malformations congénitales.

heures ; 14 ont vécu 2 jours ; 11 ont vécu quatre jours ; 5 ont vécu six jours ; quant aux autres, la durée de la vie n'a pas été indiquée.

Observation clinique. — Dans 9 cas, on a relevé des traces de spécificité secondaire chez la femme ; 19 cas d'hydramnios, dont 2 avec une quantité considérable de liquide, de 2.100 grammes à 2.400 grammes. 24 fois le placenta était énorme.

2e *groupe. — Malformations congénitales.*

Des malformations congénitales ont été notées dans 13 cas ; 7 imperforations anales et 6 spinal bida. 8 de ces enfants sont morts dans les cinq premiers jours, et 5 du cinquième au huitième jour. Pendant l'accouchement, on a constaté 3 procidences du cordon. Il y a eu 4 insertions basses du placenta. On ignore la cause de ces malformations.

IV

4e CLASSE. — AFFECTIONS DÉVELOPPÉES APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Dans cette classe, 23 cas ont pu être réunis et groupés de la façon suivante :

1° Affections pulmonaires ;
2° Affections intestinales ;
3° Affections infectieuses ;
4° Hémorragies ombilicales ;
5° Ictère.

1° *Affections pulmonaires.* — Ces cas d'affections pulmonaires sont au nombre de 6. Ils montrent presque uniformément des pneumonies ou des broncho-pneumonies.

Enfants ayant vécu de 1 à 5 jours	....	2
— — de 5 à 10 jours	....	6

Deux enfants pesaient au-dessous de 2.000 grammes ; quatre pesaient au-dessus.

Dans 1 cas, on ne note aucune particularité dans l'observation de la mère. Dans les autres cas, on trouve 3 insertions basses du placenta, 1 présentation du siège, 2 cas où le fœtus a souffert pendant le travail.

2° *Affections intestinales.* — Les affections intestinales, au nombre de 7, comprennent 3 cas de troubles intestinaux et 4 cas d'hémorragies intestinales.

a) *Troubles intestinaux.* — De ces 3 enfants, l'un a vécu six jours, le second sept et le troisième dix. Les deux premiers sont fils d'albuminuriques, le troisième est né d'un accouchement à insertion basse du placenta ; deux pesaient au-dessus de 2.000 grammes ; le troisième pesait au-dessous.

b) *Hémorragies intestinales.* — L'hémorragie intestinale n'est pas d'observation fréquente : quatre cas. Deux de ces enfants pesaient au-dessus de 2.000 grammes ; un au-dessous, et présentait de l'amaigrissement dû à l'albuminurie de la mère. Rien ne montre, dans les observations, qu'il y ait eu de traumatisme abdominal. Le travail n'a pas été laborieux, et il n'y a pas eu de présentation du siège.

3° *Affections infectieuses.* — Ces affections sont représentées par trois érysipèles ; deux sont de la face, un de la jambe droite. Les trois enfants sont morts après le cinquième jour ; deux pesaient au-dessous de 2.000 grammes. Dans un cas, on a eu une présentation du siège. Les mères n'étaient pas infectées.

4° *Hémorragies ombilicales.* — Elles sont au nombre de trois. Elles ont eu lieu après la chute du cordon du cinquième au huitième jour. Elles ont été persistantes ; elles se sont répétées pendant deux ou trois jours et ont entraîné la mort des enfants par anémie extrême. Deux de ces enfants pesaient au-dessus de 2.000 grammes, l'autre au-dessous. Pendant l'accouchement, on a constaté une procidence du cordon. Rien ne fait connaître la cause de ces hémorragies.

5° *Ictère.* — L'ictère grave des nouveau-nés est rare ; quatre cas. Un enfant est mort le quatrième jour, deux le sixième et l'autre le huitième ; deux de ces ictères ont été accompagnés de melœna ; trois enfants pesaient au-dessous de 2.000 grammes ; un a souffert pendant le travail.

Développement des enfants de cette quatrième classe. — Douze pesaient au-dessous de 2.000 grammes ; neuf pesaient au-dessus.

Durée de la vie de ces mêmes enfants. — Huit sont morts dans les cinq premiers jours ; treize sont morts du cinquième au dixième jour.

Particularités de la grossesse et de l'accouchement. — Neuf

femmes ne se sont pas reposées ; deux étaient albuminuriques. Il y a eu deux accouchements laborieux, deux présentations du siège et six insertions basses du placenta.

V

Considérant comme débile tout enfant au-dessous de 2.000 grammes, le moment est venu de se demander quelles sont les notions importantes qui se dégagent de cet ensemble de documents.

1° Il est évident, d'après ces documents, que la naissance prématurée, l'intoxication chronique paternelle, mettent l'enfant en état de moindre résistance et qu'il est voué plus facilement à la mort qu'un enfant né à terme.

On peut voir dans ces documents que les prématurés et les débiles par auto-intoxication probable des procréateurs forment la majorité des morts. Pour quelques-uns d'entre eux même, leur inaptitude à la vie se manifeste avant leur naissance, au cours du travail qu'ils ne peuvent pas supporter. L'accouchement prématuré doit être considéré pour le fœtus comme un accident redoutable. Ces documents montrent encore que les causes de l'accouchement prématuré, c'est-à-dire les causes primitives de la débilité sont : la fatigue de la femme pendant la grossesse ; le coït jusqu'au dernier moment ; l'insertion basse du placenta ; l'albuminurie.

2° La recherche des circonstances ayant entouré la production de morts dans la deuxième classe, « affections con-

temporaines de l'accouchement », ont montré qu'il s'agissait de présentation du siège, de bassin vicié, de difficultés au cours de l'accouchement, demandant une application de forceps.

3° La troisième classe, « affections préexistant à l'accouchement », permet de reconnaître, sous des lésions diverses, une sorte d'air de famille, rencontré dans les désordres dus à la syphilis, qu'il est si difficile d'établir toujours d'une façon certaine chez les ascendants. En effet, dans cette classe, nous avons pu noter du pemphigus, de l'hydramnios et souvent de l'hypertrophie placentaire. Quant aux malformations congénitales, il est difficile d'en établir la cause.

4° La quatrième classe, « des affections développées après la naissance », renferme les cas qui ont une infection localisée ou généralisée. Cette infection se manifestant dans les premiers jours de la vie peut, dans un certain nombre de cas, être considérée comme résultant des souffrances du fœtus pendant l'accouchement, quand il a subi un travail long et laborieux ou encore d'un accouchement prématuré ou de l'auto-intoxication chronique des procréateurs, causes qui font que l'enfant est plus susceptible d'être infecté.

En somme, on peut vérifier, dans ces différents documents, que les enfants qui succombent dans les premiers jours de la vie ont été victimes d'un accouchement prématuré, ou de violences pendant l'accouchement, ou de la syphilis, ou de l'auto-intoxication des procréateurs. Si on

III. — *Tableau général des décès de la Clinique Baudelocque de 1901 à 1908.*

1re *classe.* — Débilité congénitale : 275 cas.	Débiles nés avant terme (261 cas).		Surmenage des femmes pendant la grossesse	118 cas.
			Relations sexuelles jusqu'à l'accouchement	37 cas.
			Insertion basse du placenta	71 cas.
			Albuminurie	3 cas.
			Grossesse gemellaire	3 cas.
	Débiles qui semblent nés à terme (14 cas).			
2e *classe* — Affections contemporaines de l'accouchement : 3 cas.	Hémorragie intra-crânienne	2 cas.	Présentation du siège	1 cas.
	Enfoncement des os du crâne	1 cas.	Bassin vicié	1 cas.
			Application de forceps	1 cas.
3e *classe.* — Affections préexistant à l'accouchement : 45 cas.	Syphilis : 32 cas.		Volume et poids exagérés de l'enfant	18 cas.
			Hydramnios	19 cas.
			Placenta énorme	24 cas.
	Malformations congénitales : 13 cas.			
4e *classe.* — Affections développées après l'accouchement : 23 cas.	Affections pulmonaires	6 cas.	Enfants pesant au-dessous de 2 000 gr	12 cas.
	Affections intestinales	7 cas.	Surmenage des femmes pendant la grossesse	9 cas
	Affections infectieuses	3 cas.	Albuminurie	2 cas.
	Hémorragies ombilicales	3 cas.	Insertions basses du placenta	6 cas.
	Ictère	4 cas.	Présentations du siège	2 cas.

remonte plus haut dans l'échelle des causes, on voit que les violences pendant l'accouchement sont dues aux mauvaises présentations et aux bassins viciés. L'accouchement prématuré, lui, provient du surmenage et de la fatigue de la femme pendant la grossesse, du coït jusqu'à l'accouchement, de l'albuminurie et de l'insertion basse du placenta.

COMMENT AGISSENT LES CAUSES DE LA DÉBILITÉ CONGÉNITALE « *affections de la* 1re *classe* ».

Nous avons vu que la débilité congénitale était le résultat de la prématuration ou d'une auto-intoxication des procréateurs. Il est bon d'étudier par quels mécanismes agissent les causes primitives.

Surmenage et fatigue des femmes pendant la grossesse. — Pourquoi la durée de la grossesse n'est-elle pas normale chez les femmes qui fatiguent ? L'explication en est la suivante : parce que l'utérus gravide doit surtout se développer dans la cavité abdominale et que toute cause qui tend à le faire pénétrer dans l'excavation dans les derniers mois expose à une expulsion prématurée. Or, la fatigue, la station debout peuvent faire descendre l'utérus. Depuis longtemps, cette chose a été dite : « La fécondation est pelvienne, la grossesse est abdominale ».

Rapports sexuels pendant la grossesse. — L'irritabilité, c'est-à-dire la propriété que possède l'utérus d'entrer en contraction sous l'influence d'une excitation, s'exagère

notablement vers la fin de la grossesse. Aussi, l'utérus susceptible s'irrite au moindre contact de tout corps étranger, et provoque l'accouchement.

Albuminurie. — L'albuminurie pendant la grossesse produit des hémorragies du côté de l'utérus qui amènent, tantôt le décollement du placenta, et qui tantôt se produisent dans le placenta même. Le placenta albuminurique offre donc une physionomie toute spéciale : œdématié, irrégulier, il présente de nombreux foyers apoplectiques, qui, suivant leur âge, ont deux aspects différents : les foyers anciens sont blancs et siègent principalement le long des bords ; les foyers récents sont rouge-noirâtre, rappelant l'aspect d'une truffe : d'où le nom de *placenta truffé* donné dans ces cas au délivre par le professeur Pinard. Ces hémorragies placentaires rétrécissent singulièrement le champ de l'hématose fœtale : aussi, l'enfant succombe-t-il au cours de la grossesse ou naît-il débile.

Insertion basse du placenta. — Le segment inférieur, pendant la grossesse, est beaucoup plus extensible que le corps de l'utérus. Lorsque le placenta y est inséré, ce segment ne peut pas se distendre. D'où obligation, pour le corps utérin, d'expulser le produit de la conception qu'il ne peut pas contenir.

Auto-intoxication chronique paternelle. — Les procréateurs qui ont des signes d'intoxication chronique, engendrent des enfants dont les tissus sont imprégnés de poisons ; les tissus dégénérés, atrophiés, infectés ou intoxiqués sont

incapables, par conséquent, de remplir le rôle physiologique qui leur est dévolu et, offrant un terrain tout préparé à l'infection, succombent sans résistance. Tels sont surtout les fils d'alcooliques.

ETUDE ÉTIOLOGIQUE DES AFFECTIONS DE LA 2e CLASSE « AFFECTIONS CONTEMPORAINES DE L'ACCOUCHEMENT »

Nous avons vu que les affections de la deuxième classe étaient le résultat d'une application de forceps ou d'une présentation du siège qui agissent par compression. Nous allons donc d'abord étudier comment la compression peut engendrer l'hémorragie ou l'écrasement des os du crâne, et ensuite nous étudierons comment le forceps et la présentation du siège peuvent en être les agents.

Compression de la tête fœtale. — La compression que subit la tête fœtale pendant son passage à travers un bassin vicié produit une augmentation dans la tension du liquide céphalo-rachidien, et, par suite, des troubles dans la circulation cérébrale. Sous l'influence de la compression brusque, comme cela arrive dans les applications de forceps faites par des mains inhabiles, ou lorsque, sous l'influence de contractions utérines violentes, la tête se fixe brusquement, il se produit une tension énorme du liquide céphalo-rachidien. Le liquide contenu dans les ventricules latéraux est chassé rapidement à travers l'aqueduc de Sylvius, dans le quatrième ventricule. L'aqueduc se dilate brusquement et se déchire, le liquide ne trouvant pas un écou-

lement suffisant et rapide par le canal central et la petite ouverture de Magendie sous la pie-mère rachidienne. De plus, le liquide céphalo-rachidien, chassé des convexités, afflue vers les espaces de la base où il s'accumule et produit la brusque inondation des territoires environnants.

Les petits vaisseaux qui traversent les espaces des lacs sont rompus et les parties voisines sont inondées de sang ; parfois, la substance nerveuse est entraînée et détruite par le flot envahisseur. Quelquefois, l'arachnoïde se rompt et du sang mélangé au liquide rachidien vient envahir la cavité arachnoïdienne. Tel est le mécanisme des hémorragies méningées fréquentes surtout dans les accouchements avec instrument.

La compression lente, au contraire, n'est dangereuse que si elle dépasse un certain degré et persiste longtemps. La tension du liquide céphalo-rachidien produit de l'anémie cérébrale et par suite de l'anémie bulbaire. Plus cette pression s'élève, plus son degré est supérieur à la tension artérielle, plus le pouls se ralentit. C'est ce qui explique le ralentissement des bruits du cœur que l'on observe sans y trouver de raison apparente telle qu'une procidence ou latérocidence du cordon. Il serait intéressant de savoir jusqu'à quel point la diminution de la capacité crânienne peut aller, chez l'enfant, sans inconvénients pour lui.

Quoi qu'il en soit, pendant la période d'expulsion, à la force de contraction utérine s'ajoutent l'effort de la paroi abdominale, dont l'importance n'est pas à négliger, ainsi

que la résistance du périnée et de l'anneau vagino-vulvaire qui doit entrer aussi en ligne de compte. L'effet de ces deux forces s'ajoute pour augmenter la valeur de la pression intra-crânienne, et bien des enfants qui, jusqu'à ce moment, avaient supporté des compressions d'intensité plus ou moins forte, meurent au moment de la période d'expulsion, ou succombent quelques heures après la naissance.

Forceps. — Le forceps est une pince qui agit comme instrument de préhension et comme instrument de traction. En tant qu'instrument de préhension, il ne peut saisir la tête sans la comprimer. Cette compression, utile parfois pour la réduction qu'elle imprime à certains diamètres de l'extrémité céphalique, n'est inoffensive qu'à la condition de s'exercer sur de larges surfaces. Elle est dangereuse, au contraire, si elle s'exerce sur la tête par des saillies limitées, convexes et surtout angulaires. Chaque modèle de forceps a une courbure céphalique déterminée, immuable. Or, cet instrument doit s'appliquer à des têtes de dimensions variables. L'adaptation parfaite de l'ellipse instrumentale à l'ovoïde céphalique existe quelquefois, sans doute, mais elle n'est certainement pas la règle. De plus, souvent, les courbures de la tête et des cuillers ne concordent pas exactement. La courbure instrumentale peut être, ou bien d'un plus petit rayon que celle de la tête, ou bien d'un plus grand rayon. Dans le premier cas, même en dehors de toute traction, le forceps exerce sur l'extrémité céphalique une pression limitée et presque angulaire.

Lorsque, au contraire, la courbure instrumentale est d'un rayon plus grand que la courbure céphalique, seule, la région moyenne des cuillers exerce une pression sur toute leur largeur et à plat. C'est ce qu'on observe à l'état statique, c'est-à-dire en ne considérant le forceps que comme moyen de préhension.

Lorsque l'on exerce des mouvements de traction, les cuillers du forceps, quelle que soit la rigidité qu'on leur ait donnée, tendent à s'écarter ; l'instrument glisse jusqu'à ce que par les extrémités de ses mors, il prenne un point d'appui plus solide sur les extrémités d'un diamètre plus grand ; en vertu de leur élasticité, les extrémités des cuillers s'imprimeront avec plus de force dans les tissus fœtaux.

L'instrument exercera, par conséquent, une compression à la fois énergique et limitée et par suite dangereuse. Que le bassin joue le rôle de l'anneau coulant du porte-fusain ; que le système céphalo-instrumental devienne assez volumineux pour ne franchir la filière pelvienne qu'à frottements plus ou moins durs ; que l'on ait fait une prise défectueuse, c'est-à-dire une prise antéro-postérieure, toutes les conditions que nous venons de passer en revue seront réalisées à l'extrême ; la compression sera alors énergique et tout à fait limitée et l'on observera, non plus de simples dépressions ou même des enfoncements, mais des fractures avec des délabrements plus ou moins étendus des tissus sous-jacents.

Présentation du siège. — La présentation de l'extrémité pelvienne est aussi une cause de la mort du fœtus.

Quoi qu'il en soit, si nous voulons rechercher la cause primitive de cette mortalité, nous constatons que c'est principalement à la compression du cordon ombilical qu'il faut attribuer les accidents qui amènent la mort du produit de conception le plus souvent pendant le travail, quelquefois dans les heures qui suivent l'accouchement. En effet, après la sortie du siège, le cordon se trouve placé dans l'excavation, entre les parois de celle-ci et le tronc du fœtus. Dans cette situation, il se trouve exposé à être comprimé, et le danger sera encore accru quand la tête descendra dans le bassin. Chez les primipares, l'expulsion a lieu lentement : la compression peut être assez prolongée pour interrompre la circulation fœto-placentaire ; d'autre part, lorsque la tête a quitté l'utérus pour arriver dans le bassin, les parois de la matrice se contractent sur le placenta qu'elles décollent, les phénomènes d'hématose ne se font plus ou se font incomplètement. Que ces troubles de l'hématose soient dus à la compression du cordon, ou au décollement partiel ou total du placenta, le fœtus fait des efforts prématurés d'inspiration, il aspire ainsi des mucosicotés qui vont aller obstruer les premières voies respiratoires. Pour peu que la tête, venant derrière, soit retenue trop longtemps dans les organes génitaux par la rétraction du col, comme cela se produit lorsque l'on tente d'extraire le fœtus trop hâtivement, avant la dilatation complète, ou par le fait de la résistance des parties molles, comme cela s'observe chez les primipares, l'enfant naît en état de mort réelle ou en état de mort apparente, et, s'il est ranimé, quel-

quefois succombe dans les heures qui suivent l'accouchement.

Tantôt, les premières voies aériennes ont été débarrassées en partie seulement des mucosités qui les obstruaient, l'enfant respire, mais d'une façon incomplète ; au bout de quelques heures, il se cyanose et meurt, et à l'autopsie on constate, au niveau de la bifurcation de la trachée, un bouchon muqueux très adhérent ; tantôt, surtout dans les cas de rétraction du col sur la tête dernière, l'enfant devient subitement pâle. Quelques heures après la naissance, il est pris de convulsions et succombe.

A l'autopsie, on trouve soit une hémorragie cérébrale, soit une hémorragie médullaire avec élongation de la moelle, avec dilacération de la substance nerveuse.

ETUDE ÉTIOLOGIQUE DES AFFECTIONS DE LA 3e CLASSE « AFFECTIONS PRÉEXISTANT A L'ACCOUCHEMENT ».

Syphilis. — Le produit de la conception peut être infecté par la syphilis de diverses façons. Quand une femme est infectée pendant sa grossesse, le fœtus est contaminé à travers le placenta. Si la mère est syphilitique au moment de la conception, elle peut donner naissance à un hérédo-syphilitique. Mais bien plus, l'hérédité syphilitique semble pouvoir être uniquement paternelle ; en effet, si un homme syphilitique féconde une femme saine, cette femme pourra, tout en restant saine, donner naissance à un enfant syphilitique. Pour expliquer ce fait, dont la

syphilis est, du reste, jusqu'à présent le seul exemple, il faut admettre ou bien que cette femme est immunisée en même temps qu'elle est fécondée, ou bien qu'elle est contaminée, mais que sa syphilis ne se manifeste par aucun symptôme cliniquement appréciable, ce qui paraît plus probable.

Malformations congénitales. — L'étiologie des malformations peut s'expliquer par l'hérédité et par les infections et les intoxications des générateurs.

L'hérédité des monstruosités graves existe peu ; mais on a signalé tout de même des familles à polydactylie, à hypospadias, à bec-de-lièvre.

L'influence de l'état des générateurs est manifeste sur les malformations congénitales. L'âge des procréateurs (extrême vieillesse, extrême jeunesse) peut jouer un rôle important. Il en est de même des préoccupations au moment de la conception. L'alcoolisme et les autres intoxications semblent avoir une influence indéniable d'après Mairet et Combemale. Les syphilitiques, d'après Fournier, peuvent donner naissance à des malformés. L'action des intoxications et infections est complexe, elles peuvent agir sur la cellule génitale mâle ou femelle, sur l'embryon ou sur ses enveloppes et causer ainsi la plupart des malformations congénitales.

ETUDE ÉTIOLOGIQUE DES AFFECTIONS DE LA 4e CLASSE « AFFECTIONS SURVENANT APRÈS L'ACCOUCHEMENT »

Nous avons constaté que les enfants de cette classe

étaient des prématurés ou avaient souffert pendant le travail. Aussi sont-ils plus exposés après leur naissance, aux infections.

Infections respiratoires. — Il s'agit, en général, de broncho-pneumonies dont l'agent pathogène est en général le staphylocoque.

L'*érysipèle* a pour porte d'entrée les lésions de la peau et des muqueuses ; mais chez le nouveau-né, l'infection se fait le plus souvent par la voie ombilicale. L'érysipèle peut se transmettre par contagion directe ; mais, presque toujours, la transmission se fait par contagion médiate, par l'intermédiaire des personnes qui soignent l'enfant et qui pansent sa plaie ombilicale. L'ombilic est au nouveau-né ce que l'utérus est à la mère.

Les *hémorragies intestinales* résultent d'une constitution spéciale des vaisseaux, une sorte de faiblesse congénitale de leurs parois qui favorisent singulièrement les écoulements sanguins.

Les *hémorragies ombilicales* proviennent de l'instauration défectueuse de la fonction pulmonaire. Quand la fonction pulmonaire s'installe d'une façon insuffisante, quand l'enfant respire, au lieu d'être aspiré par le vide thoracique le sang stagne dans les différents départements du système veineux. Pour peu que les parois vasculaires soient d'une faiblesse anormale, que la tension sanguine augmente dans les vaisseaux, la congestion sanguine aboutit à des hémorragies. Celles-ci se font par le cordon ombilical lorsque la tige funiculaire a été mal liée, ou se répandent

dans les différents organes lorsque les parois de leurs vaisseaux n'offrent pas une résistance suffisante. De toutes les pertes sanguines, la plus fréquente est celle qui se produit par le cordon ombilical.

L'intérêt pratique qui peut résulter de ces constatations, est non pas de conduire une thérapeutique de ces différentes affections, qu'il suffit dans la plupart des cas de connaître pour juger de l'impossibilité de les traiter, mais ces remarques peuvent diriger l'attention sur les différentes circonstances qui favorisent ces affections et à faire songer aux moyens de les prévenir.

CHAPITRE III

RETENTISSEMENT DE LA MORTALITÉ INFANTILE DES DIX PREMIERS JOURS SUR LA POPULATION

Si, maintenant, on compare les statistiques de Baudelocque et celles des populations urbaines, on remarque que les enfants meurent des mêmes affections et par suite des mêmes causes. Il est donc facile d'en déduire qu'en France, de 1901 à 1906, dans un nombre d'habitants qui ne comprend que le huitième de la population totale, la fatigue des femmes pendant la grossesse, le coït jusqu'à l'accouchement, l'albuminurie, les présentations vicieuses, la syphilis et les intoxications chroniques des procréateurs ont produit 15.666 décès et par an 2.611. Ce nombre serait encore grossi si on y ajoutait les enfants mort-nés pour les mêmes causes. Si la proportion est la même dans le pays tout entier, il meurt tous les ans 21.000 enfants dans les dix premiers jours. Or, de tels décès sont théoriquement évitables, et l'on peut dire sans exagération que les trois quarts au moins des enfants qui meurent dans les dix premiers jours, meurent par notre faute.

Oui, en six ans, dans les dix premiers jours, sont morts 130.000 enfants qu'on aurait pu sauver ; peut-on s'imaginer ce que cela représente de douleurs, de deuils, de désespoirs ? Quelle catastrophe approche de celle-là ? Quel champ de bataille nous présenterait une pareille horreur ? Oui, 130.000 mères ont pleuré devant un berceau vide ; que diraient-elles si elles savaient que leur enfant aurait pu être sauvé et quelle émeute pourrait être comparée au soulèvement formidable de leur indignation et de leur colère ?

Le ressort vrai de la puissance d'un peuple est le nombre de ses citoyens. On laisse mourir tous les ans 20.000 enfants de 0 à 10 jours. Si, à ce nombre, on ajoute les enfants qui meurent avant un an et pour les mêmes causes, on arriverait, d'après M. Bertillon, au chiffre de 130.000 décès. Sur ce nombre, un cinquième environ serait mort avant la vingtième année. En acceptant cette défalcation, on arrive aisément à cette conclusion que l'on perd bénévolement tous les ans 100.000 adultes de vingt ans, 50.000 soldats ! C'est un corps d'armée. On crie contre la dépopulation, et les principales causes en sont imputables à l'ignorance, à l'incurie et à l'alcool ! C'est la force d'expansion de la France qui s'amortit et qui tombe, c'est l'affaiblissement graduel, c'est la décadence, c'est la chute de la patrie.

Moyens de remédier à la mortalité infantile dans les dix premiers jours

Quand on examine de près les chiffres si brutaux, si

terrifiants mentionnés plus haut, on est tenté d'être pris de désespérance, et c'est ce que, malheureusement, beaucoup de personnes font.

Elles disent, ou du moins elles pensent : « Après tout, tant pis, la dépopulation de la France ne m'empêche pas d'être heureux et de jouir de la vie, après moi advienne que pourra ».

Voilà à quoi pousse l'égoïsme humain, se croiser les bras devant le mal contre lequel il ne faudrait cesser de lutter. La France est-elle donc destinée à périr ? Doit-elle, dans un temps plus ou moins rapproché, disparaître du rang des grandes nations ? Non, elle ne disparaîtra pas : il est encore, dans notre beau pays, des hommes de cœur qui n'ont pas craint de jeter le cri d'alarme et de se lancer vigoureusement dans la mêlée soit individuellement, soit en société.

Ils luttent courageusement, et essaient d'enrayer ce terrible mal qui menace de nous engloutir. Leurs paroles et leurs exemples ne sauraient qu'entraîner à leur suite les hésitants et susciter de nouveaux dévouements ; il est à espérer que leurs efforts si méritoires seront, sans tarder, couronnés de succès et que la France reprendra en Europe le rang qu'elle n'aurait jamais dû quitter.

Que faut-il faire pour atteindre ce résultat ?

Nous ne voulons pas nous improviser législateur ni même gouverneur ; cependant, je crois avoir vu les choses d'assez près pour m'être formé une opinion et avoir le droit de la formuler. Pour combattre la mortalité infantile dans

les dix premiers jours, trois facteurs entrent en scène : le médecin, l'Etat et la charité privée.

Rôle du médecin. — Aujourd'hui que les obstacles osseux pour l'accouchement peuvent être levés, le rôle du médecin sera d'éviter le plus possible la naissance d'enfants prématurés, débiles, malades, et d'éviter les présentations vicieuses pendant la grossessse qui, lors de l'accouchement, peuvent devenir un danger pour la vitalité de l'enfant.

Le médecin ne peut atteindre ce but que par la puériculture avant la conception et pendant la grossesse enseignée à ses élèves par le professeur Pinard dans son enseignement quotidien. D'après les documents énoncés plus haut, on sait que les prématurés et les débiles ainsi que les héritiers d'une foule de tares pathologiques, relèvent de la syphilis, de l'alcoolisme, des présentations vicieuses, du surmenage de la femme pendant la grossesse, des rapports sexuels jusqu'à l'accouchement, et de l'albuminurie. Le médecin doit donc lutter contre tous ces fléaux. Il luttera d'abord contre l'inexpérience et l'ignorance des mères. Il doit les instruire sur les devoirs qu'elles ont à remplir et sur la responsabilité morale qu'elles ont vis-à-vis de l'être à qui elles doivent donner le jour. Il doit exiger d'elles, pendant la grossesse, le repos sous toutes ses formes. Il doit lutter contre l'usine, l'atelier, et les familles qui prennent à leur service des femmes enceintes ou du moins qui sont à leur sixième mois de la grossesse. Il doit faire appel aux bons sentiments des industriels qui sont soucieux de leurs de-

voirs sociaux, en leur demandant le renvoi et des secours pour les femmes enceintes qui sont à leur disposition. Il doit lutter contre l'encombrement et l'insalubrité des logements ouvriers où les femmes sont dans de très mauvaises conditions hygiéniques. Il luttera contre l'alcool qui diminue les ressources de la famille, l'énergie de l'organisme chez les parents, et empoisonne l'enfant avant sa naissance. Enfin, il luttera contre la syphilis et les infections. Il conseillera aux parents de procréer si seulement ils sont en pleine santé morale et physique.

Quant au syphilitique, il le traitera médicalement avant la fécondation. Il lui montrera le danger qu'il peut devenir en se mariant, en infectant toute une descendance, toute une famille. Nous dirons même, pour le mariage, que le rôle des médecins des deux familles devrait être plus important que le rôle des deux notaires appelés à rédiger le contrat.

De plus, le médecin remplira noblement la haute mission dont il est chargé, en prenant la surveillance de la femme enceinte. Cette surveillance médicale présente une importance considérable, car non seulement elle sauve bien souvent la mère d'une mort certaine, mais elle permet à beaucoup d'enfants de naître vivants, bien portants et à terme. Elle agira donc non seulement contre la mortinatalité, mais aussi contre la morbidité et la débilité congénitales, causes de mortalité infantile. Elle permettra, en effet, de dépister les présentations vicieuses, les bassins viciés et d'agir en conséquence, de traiter la syphilis et l'albuminurie.

Rôle de l'Etat. — Le médecin peut beaucoup, mais il doit être secondé par l'Etat. Pour cela, il faut que la politique générale de l'Etat se modifie : il ne doit plus se borner à énoncer de beaux principes et à les inscrire pompeusement en tête des lois ; il faut que ces lois soient pratiques et, de plus, applicables. Il faut qu'à tout moment, les pouvoirs publics aient le moyen de savoir ce qui se passe, c'est-à-dire de se renseigner. Une fois l'Etat bien renseigné, il n'aura plus qu'à agir. La besogne ne lui manquera pas. L'Etat a des mesures à prendre, et, s'il ne les prend pas, il se fait complice de la mort. Il doit d'abord consulter des hommes compétents, qui lui indiqueront la tactique à suivre. Il doit créer un service régulier et exact de statistiques qui lui signaleront les points du territoire les plus affectés par la mortalité infantile dans les dix premiers jours, de façon à pouvoir y remédier avec vigueur. Il créera, dans les écoles normales et les lycées de jeunes filles, des cours spéciaux de puériculture avant et pendant la grossesse, plus pratiques aux femmes que certains autres. L'alcool, bien que ce soit lui qui supporte une partie du budget, est l'ennemi que l'Etat doit combattre sans relâche et sous toutes ses formes ; la propagande individuelle, l'exemple sont de bons moyens, mais ils ne sont pas assez puissants ; par des mesures de police, par des mesures légales, fiscales, il doit s'opposer à la progression formidable de l'alcoolisme.

Si, dans les milieux aisés, il est facile à la femme enceinte de se reposer, il en est tout autrement dans les milieux

pauvres. Il n'existe pour cela que deux moyens : le premier moyen consiste à demander aux mères de s'aider elles-mêmes par la mutualité, le deuxième réside dans l'assistance publique.

La création de mutualités serait difficile, car peu d'ouvrières consentiraient d'elles-mêmes à un sacrifice pécuniaire, en vue d'une période de repos pour les grossesses futures.

Reste donc l'assistance publique.

Ici, l'Etat a le pouvoir et le devoir d'intervenir ; il doit faire connaître les fléaux qui sont causes de la dépopulation, il doit peser sur les villes et les départements pour qu'ils les combattent ; il doit aider et subventionner les œuvres administratives qui protégeront les femmes enceintes. Il créera des asiles qui recevront les femmes pauvres pendant la grossesse, ou tout au moins au sixième mois, sans formalités d'admission, sans conditions de résidence, d'état-civil, ni de religion. Il instituera des consultations médicales gratuites ; l'accès en sera facile et elles seront complétées par des distributions de médicaments, en particulier aux syphilitiques.

L'Etat a le droit et le pouvoir d'intervenir pour prescrire le repos obligatoire des femmes enceintes. A ce sujet, les pouvoirs publics doivent faire une loi interdisant de prendre à son service une femme dont l'âge de la grossesse a atteint le terme de six mois. Enfin, l'Etat doit interdire les logements insalubres, inhabitables et les remplacer par des habitations propres, aérées et bien éclairées.

Charité privée. — En attendant l'établissement d'une législation protectrice, il faut encourager la charité privée.

En effet, la charité privée offre d'immenses ressources ; quand elle connaîtra le mal qui ronge la société, elle ne marchandera pas son or ; mais il faut lui demander ; il faut que des comités se forment, que les femmes à l'état de grossesse soient surveillées, visitées, amenées à la consultation ; il faut que les bureaux de bienfaisance et d'assistance se prêtent à cette œuvre et que des sociétés protectrices des femmes enceintes s'organisent dans ce but.

Nous n'insistons pas plus longuement sur les mesures à prendre ; l'œuvre tentera certainement des hommes plus habiles que nous et nous leur en laissons le mérite. Nous avons voulu mesurer le péril national, en montrer la gravité, l'urgence. Nous demandons à la société de juger nos revendications, et, si elle les juge fondées, de faire connaître aux pouvoirs publics le danger que court la population française et les mesures propres à l'enrayer.

CONCLUSIONS

I. Les causes principales de la mortalité infantile dans les dix premiers jours sont : la prématuration, la débilité, causée par l'alcoolisme, la syphilis.

II. Le devoir du médecin est de faire naître les enfants à terme et de surveiller avec soin les femmes pendant la grossesse pour éviter les présentations vicieuses et l'albuminurie.

III. Les pouvoirs publics ont le devoir de demander et d'appliquer une loi sur la protection des femmes pendant la grossesse ; d'instituer des consultations médicales gratuites et des refuges destinés aux femmes pauvres ; d'interdire l'entrée de l'usine et des ateliers aux femmes enceintes de six mois ; de lutter contre l'encombrement et l'insalubrité des logements ouvriers.

IV. Il appartient à la charité privée de soutenir les œuvres destinées aux femmes enceintes et de les multiplier.

Vu : *Le Doyen*,
D. LANDOUZY.

Vu : *Le Président de thèse*,
A. PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Audebert. — L'enfant né avant terme. *Archives médicales de Toulouse*, 1900, VI, p. 227-232 et p. 419-424.

Ausset. — Infections intra-utérines du fœtus.

Bachimont. — De la puériculture intra-utérine au cours des grossesses gémellaires. *Thèse de Paris*, 1898-1899.

Barthès. — De causes de la mortalité des enfants dans leur première année d'existence et des moyens d'y remédier. *Revue d'hygiène*, Paris, 1898, XX p. 641-660 et p. 656-658.

Bertrand. — Puériculture pratique. *Thèse Paris* (1897-1898).

Budin. — De la mortalité infantile en France. Des moyens d'y remédier. *Revue de Thérap. médico-chirurgicale*. Paris, 1904, XXI, p. 613-625.

Buron. — De quelques causes de la mort du nouveau-né, venu à terme et viable, dans les premières heures qui suivent sa naissance. *Thèse de Paris* (1903-1904).

Carrière. — La mortalité infantile ; ses causes ; les moyens de la combattre. *Gazette des Hôp.* Paris, 1905, XXVIII, p. 1263-1271.

Cassaet et **Chambrelent**. — Nouvelles recherches anatomo-pathologiques sur les lésions du fœtus dans l'éclampsie. *Congrès de Bordeaux* (1898).

Courdoux. — Pour combattre la mortalité des nouveau-nés. *J. de Clin. et Thérap. infant.* 185, nº 19.

Courtault. — De la protection des enfants du premier âge. *Thèse de Paris* (1893-1894).

Couvelaire. — Hémorragies du système nerveux central des nouveau-nés dans leurs rapports avec la naissance prématurée

et l'accouchement laborieux. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris* (1903).

Couvelaire. — Puériculture intra-utérine. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* (1903).

Doléris. — Hémorragies génitales graves chez les filles nouveau-nées. *Bulletin et Mémoire de la Société Obstét. et Gyn. de Paris*, 1898.

D'Herbécourt. — Cas d'hématomyégie chez un nouveau-né. *Bulletin et Mémoire de la Société Obstét. et Gyn. de Paris* (1898).

Ducourneau. — Des moyens de combattre la dépopulation par la diminution de la mortalité infantile et principalement en favorisant l'allaitement maternel (1899-1900).

Guillon. — Essai sur la mortalité infantile dans le département de la Vienne. *Thèse de Paris* (1897-1898).

Kermann. — Des hémorragies gastro-intestinales chez le nouveau-né. *Thèse Paris* (1896-1897).

Javal. — Sur la dépopulation de la France. *Bulletin de l'Acad.*, sept. 1900.

Landouzy. — De la mortalité parisienne du premier âge (enfants de un jour à deux ans). De ses rapports avec la tuberculose. *Revue de Méd.* Paris, 1888, VIII, p. 777-789.

Landouzy et **Napias.** — Protection de la première enfance. *Congrès d'hygiène*, 1889.

Légier. — Contribution à l'étude de la mortalité infantile. Les lois actuelles ne protègent pas toujuurs suffisamment l'enfant en bas âge. *Thèse de Paris* (1900-1901).

Leyry. — Infection à streptocoques du fœtus par contamination buccale. *Presse médicale*, 1894, p. 135.

Lelièvre. — Des enfoncements et des fractures du crâne chez le fœtus pendant l'accouchement. *Thèse de Paris* (1892-1893).

Lenief. — De la mortinatalité à la clinique Baudelocque. *Thèse de Paris* (1893-1894).

Marfan. — Les infections gastro-intestinales des nouveau-nés. *Revue pratique d'Obst. et de Gynécol.* 1897.

Maygrier. — De la faiblesse congénitale des nouveau-nés. *Indépendance médicale.* Paris, 1899.

Ministère de l'Intérieur. — Rapport annuel sur la natalité en France et en Algérie, des années 1901 à 1906.

Statistique sanitaire. — Relevé de la mortalité générale et des principales causes de décès dans les villes de France et d'Algérie, de 5.000 habitants et au-dessus, des années de 1901 à 1906.

Pinard. — Obstétrique.

— De l'assistance des femmes enceintes, en couches et accouchées. *Revue d'hygiène.* Paris, 1890.

— De la puériculture. *Revue scientifique* (1897).

— Note pour servir à l'histoire de la puériculture pendant la grossesse. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique.* Paris, 1898.

— Rapport sur la puériculture dans ses périodes initiales (*Annales de gynécologie et d'Obstétrique.* Paris, 1903.

Vidal. — De la *Syphilis congénitale.*

Wallich. — Recherches d'anatomie pathologique chez le nouveau-né. *Annales de Gynécol. et d'Obst.* Mars 1898.

Imprimerie spéciale de la Librairie H. CHACORNAC et M. DOUTAUT, 9, rue de l'Eperon, Paris